Newsletter





Tabacologie pratique



Année 3, n° 1 Page 1 Juin 2009

Rubriques

Editorial


Image : Sigrid Olsson © PhotoAlto

Chers Collègues,

Voici le premier numéro de la Newsletter 2009.

Nous y accueillons les tabacologues du SEPT qui livrent à notre sagacité un cas issu directement de la clinique.

Le problème de l'arrêt tabagique chez les adolescents est également traité, un sujet qui nous interpelle tous par sa complexité.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Dr Juan Coulon

Colofon

Comité de rédaction : Dr J. Coulon, Prof. J. Prignot, Prof. P. Bartsch, Prof. L. Galanti, Dr P. Nys, Mme C. Rasson, M. J. Dumont, M. M. Bodo, M. S. Piret, F. De Keyser, Dr Philippe Brognon

Rédacteur en chef : Dr Juan Coulon

Editeur responsable : Dr D. Vander Steichel, Fondation contre le Cancer, 1030 Bruxelles

Mise en page: Hugues De Somere

Publication : 2 fois par an

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Cas clinique

Introduction

La consultation médicale ou psychologique est, avant le décours de la thérapie, l'endroit d'un rare et parfois douloureux dévoilement. Dans ce climat de confidentialité, quand le patient fumeur se met comme *à table*, écoutons-le sans nul outil, pour l'instant… Stéthoscope, Fagerström ou Rorschach…

Devant nous s'affirme, un beau jour, la détermination du patient face au tabac, son vœu d'être aidé, qu'un scénario d'arrêt la rassure et lui parle. Ecoutons la personne évoquer – pour les démystifier – des liens *personnels* entretenus, depuis des lunes, avec la cigarette…

Avec ce projet *d'en finir*, la personne entend suicider la part qui la condamne à la répétition; qui la condamne absolument… Comment pourrons-nous l'aider, lors de la séance inaugurale et par la suite, à soutenir cet élan, cette envie ? L'anamnèse est de mise et les outils qui la supportent, au cours d'un second temps, sinon dans l'antichambre, avant de nous rencontrer. Mais, chaque fois que nous le pourrons, laissons la parole opérer, la personne élaborer, nous raconter comme une *histoire* : se dessine alors, en un temps record, le motif ou l'enjeu profond des années de collusion tabagique, avant le dessein raisonné d'y mettre un point final...

Présentée ci-dessous, la *vignette* a la vocation d'illustrer les contenus proposés par le SEPT (avec l'appui de la Société Scientifique de Médecine Générale) au cours de rencontres intéressant les professionnels de l'aide au fumeur. *Intervision clinique* ou *partage de pratiques autour du patient tabagique* : à ces deux labels correspondent une invitation qui rassemble en général moins de vingt participants.

➔

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Cas clinique (suite)

A quarante-sept ans, chez *Meryl.* [1]

Habillée de façon discrète, effacée voire austère, le teint gris, Meryl est mince, accuse apparemment la fatigue ou le congé de la sérénité, l'assaut de l'âge ou de soucis cumulés. Référée chez nous par un acuponcteur, elle a diminué sa consommation de cigarettes et s'en tient, depuis deux semaines, à 12, à 15, au lieu du paquet par jour. Elle est directrice au niveau supérieur (Haute-Ecole) et voudrait abandonner la cigarette, à la faveur d'un Noël encore lointain…
Lui donnerez-vous le temps, lecteur et demain praticien, de cerner la dynamique et les enjeux de son tabagisme ou d'inventorier les nœuds pour que s'agence… un heureux dénouement ?

Perdre la face ou tomber le masque…

Je suis vraiment décidée. Le temps venu, je m'appuierai sur un médicament, sur l'acuponcture, qui m'a parfois réussi, mais j'ai besoin de me faire à ce renoncement : se passer de la cigarette est, pour nous, fumeurs, une étrange épreuve, un paradoxe, alors qu'elle a pu, si longtemps, nous aider...
J'ai besoin d'apprivoiser l'échéance, un projet qui m'importe et, cependant, qui me fait peur.

Mes parents fumaient. J'étais fille unique. Leur exigence à mon égard était grande et si je n'ai jamais eu de problème à l'école ou plus tard à la fac, je n'ai fait que m'en remettre à leurs choix. Je suis ingénieur… Fumer fut, depuis cette époque, un booster et j'y trouvais de la contenance ; en particulier dans un milieu d'hommes, en Polytech.

J'ai toujours connu la compétition. Je devais m'imposer, durant les études, au boulot, sur chantier comme au bureau. Plus tard, en tant que prof ; et bien sûr à la direction de l'école à présent. J'ai fait la fierté, je le crois, de mes parents. Je n'ai vu que ça, pendant longtemps ; je n'ai fait que ça : relever ces défis qui n'étaient pas vraiment les miens.

Tout récemment, j'ai refusé la promotion qui pouvait couronner ma carrière… Je n'ai plus envie de subir cette inflation de contraintes… Au nom de quoi ? Pour qui le ferais-je ? A quoi bon… si j'en ai fait le tour sans gratification particulière ?

Je voudrais m'occuper de moi, du féminin que je n'ai pas mis en valeur.

Maman va décéder prochainement… D'un cancer du poumon. Le tabac.
Je n'ai qu'elle et, depuis la mort de papa – j'étais adolescente –, elle n'a que moi.
Les médecins ne lui laisseraient (Meryl est débordée par l'émotion) qu'un an. J'espérais que les soins, la rémission nous en aurait donné davantage. Elle est tombée malade au cours de l'année passée. Le diagnostic est venu comme un couperet. C'est bizarre, n'est-ce pas : j'aurais dû, l'année passée déjà, rejeter la cigarette… J'ai voulu, j'ai tenté, mais ça n'a pas marché : pourquoi la mort annoncée ne suffit-elle pas ? La mort des gens qu'on aime et l'évidence enfin, la conscience aiguë des effets de ce fichu tabac...

➔

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Cas clinique (suite et fin)

Je m'étais fait prescrire des patches. Il y avait cette envie de me dégager de la cigarette et sans doute aussi de rassurer maman. Je n'ai pas tenu.

J'y reviens maintenant, plus décidée, plus consciente, avec un souci de me préparer. La motivation ne fait pas défaut mais la confiance en moi. Les fonctions que j'occupe et les moyens qui me sont disponibles au travail ne m'auront jamais protégée dans la vie privée, dans ce que j'ai de fragile.

J'ai décidé que la date en serait la Noël. J'ai besoin d'un climat de vacances. Il est vrai que, souvent, la solitude, après l'école, en soirée, me pousse à fumer. Pourtant, là je dois m'en passer. Je peux m'en passer chez moi. Je n'ai besoin d'elle que face aux gens. C'est au boulot que la cigarette a joué son rôle et moi le mien. Personne, à l'heure où je reviens chez moi, ne m'oblige à tenir ce rang, ne m'oblige à masquer mes faiblesses : à la maison, chez moi, si je ne peux être enfin moi, je ne le serai jamais, je ne le serai nulle part… Si je dois pleurer, je le ferai sans témoin.

Nous avons quasi trois mois devant nous. Je viens me préparer, me dit-elle, *à perdre… la cigarette.*

Dans le prochain numéro de la newsletter, nous verrons comment la patiente aura gagné du terrain ; quelles stratégies, quelle médication, quels choix devait-elle, au fil des séances, envisager puis mettre en œuvre…

Adressez-nous vos réflexions, vos hypothèses ou les options que vous auriez adoptées lors du suivi, les relances ou les questionnements profitables à Meryl.

Certes, à ce niveau d'instruction vous manqueront divers éléments dont l'objectivation vous importe.

email@sept.be

Merci à tous.

François Dekeyser
Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Avis d'expert (1)

La varénicline pour l'aide à l'arrêt tabagique dans les maladies cardiovasculaires

Les études initiales concernant l'efficacité et la sécurité de la varénicline n'avaient inclus que des patients en bon état de santé.

L'étude randomisée de Rigotti NA[1] et al. concerne des patients atteints de maladies cardiovasculaires en état stable, autres que la seule hypertension, suivis dans 39 sites de 15 pays, fumeurs de ≥ 10 CPJ et désireux d'arrêter de fumer. Ont été exclus les cas de dépression, les antécédents d'affections psychiatriques et les cas d'abus d'alcool et d'emploi de drogues.

Le traitement classique à la varénicline a été accompagné d'un conseil (< 10 minutes) lors des 12 visites hebdomadaires pendant le traitement et à des intervalles plus longs pendant le suivi après traitement, avec en outre des conseils téléphoniques.

Les patients attribués par randomisation ont été au nombre de 355 pour la varénicline (V) et de 359 pour le placebo (P).

Leurs caractéristiques démographiques sont similaires : ils ont fumé respectivement pendant 40-39 ans, en moyenne 22,1-22,9 CPJ, leur dépendance au test de Fageström est respectivement en moyenne de 5,6-5,7 et la répartition des diverses pathologies est quasi similaire : il s'agit principalement d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde, de revascularisations coronariennes et d'artérites périphériques souvent associées à de l'hypertension.
Les taux d'*abstinence continue* en fin de traitement (12 semaines) sont de 47% pour V et de 13,9% pour P (OR 6,11) ; à 12 mois, ils sont de 19,2% pour V et de 7,2% pour P (OR 3,14). Ces différences sont hautement significatives (p< 0,0001).

Comme dans les essais précédents, on note une ascension de la *prévalence ponctuelle d'arrêt* jusqu'à la fin du traitement (12 semaines) pour V (54,1%) mais une stabilité de cette prévalence après la première semaine sous placebo, avec une valeur de 18,1% à 12 semaines; en fin d'année, l'abstinence ponctuelle est de 27,9% pour V et de 15,9% pour P, toutes ces différences étant significatives à 52 semaines avec un OR de 2,10 en faveur de la varénicline.

➔

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Avis d'expert (1)

Les données de *sécurité* sont encore d'un plus grand intérêt dans cette population fragilisée : respectivement pour V et P, le taux d'effets indésirables est assez élevé (81,5% vs. 64,9%) mais les interruptions pour effets indésirables restent très limitées (6,5% vs. 6,0%) et le taux de décès très bas (0,6% vs. 1,4%) et similaires dans les deux groupes. Les effets indésirables fréquents (≥ 5%) sont similaires à ceux observés dans les études antérieures, et en particulier il n'y a eu que 3,1% de dépression ou dysthymie pour V contre 2,3% pour P et aucun cas de suicide ou d'agressivité.

Les effets indésirables cardiovasculaires sont de 7,4 % pour V et de 6,6 % pour P, les décès d'origine cardiovasculaires n'étant que de 0,3% pour V et de 0,6% pour P. Ces différences ne sont pas significatives. Les effets cardiovasculaires signalés sont, en % :

	Varénicline	Placebo
Infarctus du myocarde non létal	2,0	0,9
Indication de revascularisation	2,3	0,9
Hospitalisation pour angine de poitrine	2,3	2,3
A.V.C. non létal	0,6	0,3
Ischémie cérébrale transitoire	0,3	0,3
Artérite périphérique nouvelle ou exigeant traitement	1,4	0,9

Tout en confirmant les résultats favorables des études antérieures, portant sur des populations saines, cet essai contrôlé met en évidence la sécurité d'emploi de la varénicline chez les patients atteints d'affections cardiovasculaires en état stable qui constituent une indication majeure d'arrêt du tabagisme.

Pr. J. Prignot

Références

[1] *Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Gaza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease. A randomized trial. Poster ACC mars 2009*

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Avis d'expert (2)

Les adolescents et le tabac

En 2008, le pourcentage de fumeurs dans la population générale a augmenté pour atteindre à nouveau le seuil des 30%. Chez les jeunes, le nombre de fumeurs, limité avant 14 ans (14% de fumeurs en 2005), augmente ensuite rapidement pour atteindre 32% des adolescents de 17 ans (CRIOC 2005). L'âge de la première cigarette est de 12 ans pour 39% des enfants et ils sont 61% à avoir fumé une cigarette entière à l'âge de 13 ans ; la période 12-14 ans semble critique pour l'initiation au tabagisme (CRIOC 2008).

Installation du tabagisme

Le caractère initiatique et social joue un rôle prépondérant dans le processus d'installation du tabagisme. Devenir un fumeur régulier passe par diverses étapes. Avant l'âge de 8 ans, la publicité pour le tabac, le tabagisme et l'attitude des parents face au tabac ont une grande influence. L'expérimentation d'une cigarette a dans la grande majorité des cas lieu entre 8 et 14 ans, le plus souvent réalisée avec d'autres jeunes fumeurs. Cela souligne l'influence prépondérante des amis ou d'autres jeunes d'âge proche et bien entendu des parents. L'initiation au tabac est favorisée par le vécu d'évènements « indésirables » pendant l'enfance et par la présence éventuelle de troubles psychiatriques. Le « passage à l'acte » est favorisé par une moins bonne image de soi, par la publicité et des médias favorables au tabac et par une prévalence élevée du tabagisme au sein du milieu familial et social. Le risque que l'enfant fume augmente si un ou les deux parents fument ; il diminue si les parents, même fumeurs, découragent leur enfant à fumer ou le lui interdisent.

De fumeurs occasionnels, certains deviennent, avec le temps, des fumeurs réguliers. La poursuite du tabagisme peut être liée à de nombreux facteurs : « le ressenti » des côtés positifs de la consommation de tabac (plaisir, consolation, repli sur soi, anti-stress, convivialité, … une méconnaissance et un déni des méfaits du tabac sur la santé, l'influence de modèles fumeurs dans l'entourage proche et sa tolérance face au tabagisme, une faible image de soi, une maturité sexuelle avancée, l'absence d'interdit publique, une facilité d'accès aux produits du tabac et leur prix peu élevé. Pour le fumeur régulier, l'existence d'une dépendance physique à la nicotine rend l'arrêt du tabac parfois fort inconfortable. Le tabagisme semble en outre lié à d'autres comportements à risque (consommation d'alcool, de cannabis, …) (1).

Prévention

Une prévention (2) ciblée sur les jeunes mais aussi sur les parents est donc particulièrement importante. Elle doit s'organiser dans les milieux scolaires, sportifs, culturels et sociaux et permettre ainsi d'éviter l'installation dans le tabagisme. Cette prévention implique une « dénormalisation » de la consommation de tabac en évitant l'exposition aux produits du tabac (interdiction de fumer dans tous les lieux publiques), en dépréciant l'image de la cigarette et du tabac en général, en servant d'exemple, en stimulant l'affirmation de soi (valoriser et encourager les activités individuelles et de groupe gratifiantes, culturelles ou sportives), en développant un esprit critique envers les manipulations de l'industrie du tabac, en soulignant



Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Avis d'expert (2)

le coût financier, en favorisant le dialogue, en expliquant le mécanisme des dépendances et en relevant les effets néfastes du tabac, y compris lorsque le tabac est consommé sous forme de narguilé ou chicha.

Même filtrée par l'eau, la fumée de la chichaU contient des goudrons, des métaux lourds, des microparticules et surtout du monoxyde de carbone. Le fumeur de chicha inhale de plus une quantité de fumée plus grande que le fumeur de cigarettes : le volume de fumée inhalée est de l'ordre de 0.5 litre par cigarette et jusqu'à 1 litre de fumée par bouffée de chicha pour 30 à 200 bouffées par séance (3). Chez les jeunes fumeurs, les effets néfastes du tabac peuvent se manifester rapidement : apparition de symptômes physiques (toux), augmentation de la fréquence et de la sévérité des infections respiratoires, du risque de fracture, aggravation des pathologies chroniques (asthme, mucoviscidose, diabète, …).

Aide à l'arrêt du tabac

Outre la prévention, il faut stimuler le plus rapidement possible l'arrêt de la consommation de tabac chez les jeunes fumeurs. Souvent différentes de celles habituellement rapportées par les adultes (image sociale négative, santé, amélioration de la qualité de vie, respect d'autrui, …), leurs motivations se rapportent plus aux inconvénients à court terme de la consommation de tabac : le jaunissement des dents, la modification du teint, la détérioration de la qualité des cheveux et de la peau, la mauvaise haleine, l'odeur, la diminution de l'endurance et des performances sportives, le risque de diminution des performances sexuelles et de ralentissement de la croissance (4), le coût du tabac et parfois le sentiment de dépendance. Plus un enfant commence tôt à fumer, plus il est susceptible de devenir fortement dépendant de la nicotine. La dépendance apparaît souvent rapidement (dans les 2 ans après le début du tabagisme) ; le test de Honc (5) permet de mettre en évidence la perte de contrôle vis-à-vis de la consommation de tabac. Les symptômes de sevrage chez le jeune fumeur sont identiques à ceux rapportés chez l'adulte, et peuvent être ressentis même si la consommation est faible et irrégulière. Il faudra donc optimiser l'aide à l'arrêt du jeune fumeur en facilitant la prise en charge globale des dépendances physique et psychologique et en n'hésitant pas à proposer un traitement médicamenteux si cela est nécessaire (6)

Parmi les thérapeutiques médicamenteuses disponibles, seuls les substituts nicotiniques (les gommes, les comprimés voire les timbres) sont actuellement recommandés lorsque l'arrêt du tabac est difficile à obtenir ou maintenir sans médication et/ou que la dépendance physique est confirmée. Le dosage de la cotinine urinaire, métabolite principal de la nicotine, permet le suivi de l'absorption nicotinique initiale et en cours de traitement. Le jeune fumeur doit arrêter pour lui-même et y trouver des bénéfices : affirmer son indépendance, retrouver sa liberté de choix, économiser son argent de poche, préserver ses performances physiques, respecter l'environnement. Divers facteurs semblent favoriser l'arrêt tels des amis, des parents et une fratrie non-fumeurs, un niveau socio-économique moyen ou élevé, la pratique d'un sport, des études secondaires générales plutôt que techniques, artistiques ou professionnelles.

➔

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Avis d'expert (2)

Conclusion

Un grand nombre d'adolescents regrettent d'avoir commencé à fumer. Pour lutter efficacement contre le tabac et aider les jeunes fumeurs, il faut donc agir en même temps sur plusieurs déterminants : cibler les adultes pour influencer les plus jeunes (rôle de la norme), défendre une politique pro-active anti-tabac (prix du tabac) dans les médias (publicité), les écoles et les lieux publiques (interdiction), développer chez les jeunes une vision positive d'eux-mêmes et de leurs comportements, favoriser la prévention dès la fin de l'école primaire et l'aide à l'arrêt sans attendre l'installation du tabagisme régulier.

Pr Laurence Galanti

Unité de Tabacologie
Centre d'Aide aux Fumeurs

Clinique UCL Mont-Godinne

Bibliographie

1. Rapport Inserm. www.ist.inserm.fr/basisrapports/tabac2/Tab2_chap12.pdf
2. Lalonde M, Heneman B, Laguë J. Meilleures pratiques en prévention du tabagisme chez les jeunes et établissement des priorités pour le Québec. CIFCOT II, Paris, 2005.
3. Maziak W. The waterpipe : time for action. Addiction, 2008; 103(11): 1763-7.
4. Stice E, Martinez EE. Cigarette smoking prospectively predicts retarded physical growth among female adolescents. J Adolescent Health, 2005; 37(5): 367-70.
5. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents. The DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. Arch Ped Adolesc Med, 2002; 156(4): 397-403.
Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC et al. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, May 2008.

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Lu pour vous (1)

La genèse des addictions, essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues, Odile Lesourne, Ed. PUF, 2007

Faisant suite à son livre *Le grand fumeur et sa passion* (PUF 1984), Odile Lesourne nous propose une visite de la toxicomanie sous l'angle de la psychanalyse. Elle semble orienter ses réflexions sur la prime enfance et le lien à la mère comme le berceau de la construction du sujet et ses aléas.
Le (gros) fumeur serait ainsi porté par une mère qui amènerait le bébé à se centrer plus sur des plaisirs corporels qu'à une réelle interaction relationnelle (relation d'objet). En fait, la mère ne serait pas tout à fait présente psychiquement à son enfant, projetant sur lui l'enfant non parfait. Cette distorsion que le bébé pourrait percevoir l'amènerait à construire son Moi sur le mode du clivage mais du côté d'une fêlure plus que d'un clivage massif évoquant des pathologies plus lourdes. La cigarette serait un fétiche permettant d'éluder une partie de la réalité de la différence des sexes (symbole phallique) sans aller jusqu'à la jouissance, permettrait de réguler certains aspects pulsionnels (oralité, analité).
« *C'est quand la cigarette, objet externe fait pour rééquilibrer, apaiser, devient le mauvais objet interne, que l'on devient grand fumeur. Comme si le sujet, le fumeur, voulait toujours être le plus fort, détruire, écraser ce mauvais objet/cigarette et comme si le mauvais objet réapparaissait indéfiniment, prouvant l'impossible indépendance* ».

Chez l'alcoolique, le parcours psychologique serait plus chaotique, amenant celui-ci à une difficulté majeure de la gestion de ses émotions, de ses frustrations, accompagné d'une identité sexuelle fragile, sans compter une idéalisation tyrannique. Le clivage du Moi prendrait ici une mesure plus conséquente.

L'héroïnomane ressentirait un vide intérieur, un sentiment d'impuissance qu'il mettrait en acte, en scène, par défaut de paroles, manquées dans les constructions relationnelles de la prime enfance.

Odile Lesourne agrémente son approche d'exemples cliniques et essaie d'opérer des distinctions dans le niveau des différentes toxicomanies ou registres de la consommation (petit, moyen, gros, occasionnel).

La deuxième partie de son livre vise à élaborer une théorie de la genèse des addictions. Elle évoque la construction du Moi comme s'appuyant sur un corps pulsionnel dans ses aspects sexuels et d'autoconservation. L'identification primaire du Moi se réaliserait dans le regard de la mère et ses attentions. De cette situation fusionnelle se dégagerait progressivement, au gré des présences-absences de la mère, la constitution d'un noyau moïque, interne et s'autonomisant, formant le « *théâtre du Je* ».

➔

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Lu pour vous (suite)

Chez les addicts, le clivage du Moi serait la résultante d'un traumatisme construit en deux temps : subir, passivement d'abord, des stimulations plaisantes de l'autre (la mère) pour, ensuite, ressentir en tension un désir sexuel cependant perçu comme un danger difficilement supportable, aboutissant à ce que la partie sexuelle désirante dénie le danger et poursuive la recherche de plaisir (sous forme d'auto-érotisme) et à ce que la partie sensible aux impératifs de réalité soit de plus en plus soumise au danger ; ces éléments séparés constituant le principe du clivage comme résolution de cette tension.

La fonction maternelle serait ainsi dans les soins à l'enfant (stimulation du corps) mais ne donnerait pas le regard juste à l'enfant car obnubilée inconsciemment par des ombres projetées sur l'enfant : « *il y a bien une situation de passivité dans laquelle l'enfant obtient du plaisir d'une autre personne (la mère, par exemple) et où il observe un état discordant par rapport à ce qu'il voit et comprend du monde à partir de ses propres éprouvés et de ses propres pulsions* ».

Le second temps du clivage résulterait d'expériences à différentes étapes de la construction du Moi : les premières séparations, l'analité, la génitalité et sa réactualisation adolescentaire : l'oedipe.

Dr Philippe Brognon (SEPT)

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Lu pour vous (2)

1. Perception des Français du respect de l'interdiction de fumer dans les cafés et bars, et dans les restaurants, un an après son application / INPES, 2009 - 13p.

Les Français et la perception du respect de l'interdiction de fumer dans les cafés, bars et restaurants

- Une immense majorité des Français se déclare non exposée à la fumée de tabac des autres dans les bars et dans les restaurants
- La quasi-unanimité de la population juge que les établissements de convivialité appliquent totalement l'interdiction
- Les fumeurs déclarent respecter l''interdiction
- Un soutien à l'interdiction plus important depuis son entrée en application

Les axes de communication en 2009

- Favoriser la perception individuelle de la dangerosité du tabac
- Inciter les fumeurs à s'arrêter et valoriser les structures d'aide
- Informer les professionnels de santé accompagnant les femmes enceintes

2. Manual of Smoking Cessation / Mc Ewens, Hajek, Mc Robbie and West / Blackwell Publishing, 2006 – 160p.

Ce *Manuel de désaccoutumance au tabac* donne les connaissances indispensables requises si vous êtes impliqués dans l'aide à l'arrêt des fumeurs. Le manuel fournit des faits, des chiffres, des interventions suggérées et des sources d'information pour aller plus loin dans les traitements empiriques avec les fumeurs désireux d'arrêter. Ce manuel couvre les principaux domaines et résultats d'apprentissage comme décrits dans les normes pour la formation à la désaccoutumance du tabac (Standard for Training in Smoking Cessation, Health Development Agency, 2003).

Le manuel est divisé en deux parties : la première fournit les informations essentielles sur les données démographiques du tabagisme, avec les risques liés au tabagisme et les bénéfices à l'arrêt ; la deuxième offre un éventail de conseils pratiques à mettre en œuvre avec les patients.

Le *Manuel de désaccoutumance* au tabac est un texte essentiel pour tous ceux qui sont impliqués dans les interventions en cessation du tabagisme, y compris les conseillers en abandon du tabagisme, les infirmières, les pharmaciens, médecins, officiers de la promotion de la santé, les professionnels dentaires et d'autres membres des équipes de soins de santé. Le livre est une ressource inestimable pour l'apprentissage sur la cessation du tabagisme, et un bref aide-mémoire à ceux pratiquant déjà dans le domaine.

➔

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Lu pour vous (2)

Commentaires de l'éditeur :

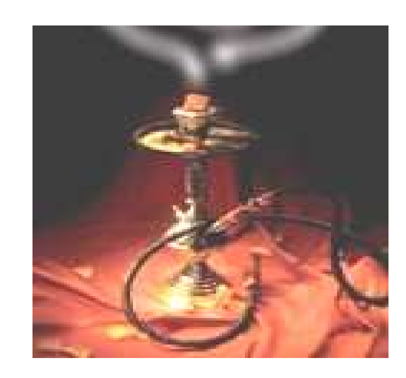
- Distille les messages clés à intégrer dans les services de sevrage tabagique.
- Y compris les questions à choix multiples pour tester et renforcer les connaissances.
- Arme le lecteur avec une foire aux questions posées par les clients, ainsi que les réponses idéales suggérées.
- Offre des modèles des déclarations à partager avec les patients, adaptés à des scénarios spécifiques.
- Fournit des conseils sur les pharmacothérapies, y compris la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) et le bupropion (Zyban), complétées par des annexes relatives à la prescription.
- Le domaine traité va des brèves interventions jusqu'au soutien individuel fort, avec conseils par téléphone et interventions de groupe.

3. Tout ce que vous ne savez pas sur la chicha Dautzenberg, Bertrand ; Nau, Jean-Yves ; ill. Charb / Margaux Orange, 2007 - 144 p.

Ce livre n'est ni un réquisitoire contre la consommation de la chicha, ni un instrument visant à son interdiction. Il n'a d'autre sujet que de vouloir informer au mieux les jeunes consommateurs sur les risques sanitaires auxquels ils s'exposent en prenant plaisir à partager les douceurs sucrées et toxiques des fumées de ces tabacs aromatisés.
Ce livre s'adresse aussi aux parents, aux éducateurs, aux enseignants et aux pouvoirs publics. Ses auteurs espèrent pouvoir aider à ce que nous prenions collectivement conscience des enjeux de la consommation de la chicha.

4. Le monde du narguilé : culture, convivialité, histoire et tabacologie d'un mode d'usage populaire du tabac / Chaouachi, Kamel - Maisonneuve & Larose, 2002 – 156 p.

Si l'usage du narguilé est avant tout un geste qui, en soi, intéresse l'anthropologie, le principe original de filtration de la fumée dans l'eau, sensé éliminer un certain nombre d'éléments nocifs, n'est pas sans conséquences sur les attitudes et comportements, et, par là, sur les façons de fumer et les choix en la matière.



A cette représentation tabacologique positive s'ajoute le fait, social, que ce sont des dizaines de millions de femmes et d'hommes qui fument quotidiennement le narguilé des heures durant. Un tel usage social couvre quatre siècles d'une histoire volontiers appropriée et la plupart des continents.









Rubriques

Lu pour vous (2)

Même la convivialité générée par un tel objet, en raison de ses dimensions ludique (passe-passe du tuyau), communicative (prétexte à la conversation) et temporelle (temps long de la combustion), se distingue nettement de celle du thé, du café ou encore d'autres modes d'usage du tabac.

Elle est ici analysée dans ses divers contextes socioculturels. Par ailleurs, compte tenu de son caractère hautement «exotique» et mystérieux, le rapport du narguilé à la littérature et à la peinture est également abordé de même que la rencontre de la tradition et de la modernité ainsi que la critique de l'orientalisme.

L'observation directe concerne le Yémen, la Jordanie mais également d'autres pays comme la Tunisie, l'Egypte, la Syrie, le Liban, la Turquie et la Libye, sans oublier les Etats-Unis d'Amérique et la France (néo-orientalisme).

A l'aube du troisième millénaire, l'on observe une «mondialisation» de la pratique en question. En effet, même en dehors de ses frontières naturelles, principalement le Moyen-Orient, le narguilé devient le prétexte à l'éclosion de cafés ou salons aux ambiances néo-orientalistes et la raison d'être de leur fréquentation.

5. Le narguilé : anthropologie d'un mode d'usage de drogues douces / Chaouachi, Kamel – L'Harmattan, 1997 – 262 p.

Le narguilé, comme mode d'usage de drogues douces, s'apparente à un art du bien fumer comme il existe des arts du bien boire ou du bien manger et, plus généralement, à un art de vivre. Ainsi défini, il révèle sa fonction de cohésion micro-sociale et de prévention.
Objet poétique, symbole de paix, plein de promesses, son usage social, de la Chine et de la Grèce à l'Afrique du Sud, frappe par sa perdurance depuis bientôt quatre siècles. L'anthropologie, l'histoire et la géographie, ainsi que l'univers esthétique d'artistes orientalistes, permettent de redonner vie à cet objet étrangement ignoré.

6. Tout savoir sur le narguilé : société, culture, histoire et santé / Chaouachi, Kamel ; Molimard, Robert ; Préf. - Maisonneuve & Larose, 2007 – 255 p.

Contre toute attente, la pratique du narguilé s'est littéralement "mondialisée" depuis une décennie. L'auteur en analyse les raisons en portant ici son attention sur l'usage principal et majoritaire de cet intriguant objet dans le monde contemporain ; à savoir:celui de produits à base de tabac (tabamel) voire sans tabac.

➔







Lu pour vous (suite et fin)

La perdurance de cette pratique sociale s'est longtemps nourrie de représentations positives et collectives à son sujet.

Elles touchent tant à son luxuriant contexte socioculturel, sa convivialité singulière, ses origines mystérieuses qu'à ses rapports devenus tendus avec la santé publique.
Si l'usage du narguilé est avant tout un geste qui, en soi, intéresse l'anthropologie, le principe original de filtration de la fumée dans l'eau, censé éliminer un certain nombre d'éléments nocifs, n'est pas sans conséquences sur les attitudes et comportements et, par-là, sur les façons de fumer et les choix en la matière.

À cette représentation tabacologique positive, s'ajoute le fait, social, que ce sont aujourd'hui des millions de femmes et d'hommes qui fument quotidiennement le narguilé, parfois des heures durant.
Une situation ludique, impliquant un temps long et une parole libérée, crée une convivialité qui se distingue nettement de celle du thé, du café ou encore d'autres modes d'usage du tabac. Elle est ici analysée dans ses divers contextes socioculturels.

Cet ouvrage aborde également les conséquences sur la santé d'une telle pratique, fournit des indications sur les risques réels, des conseils pertinents et une bibliographie critique.

Source : Bibliothèque du Fonds des Affections Respiratoires, FARES

email : bibliotheque@fares.be

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Programmes de santé

Les avertissements sanitaires

12 Janvier 2009 - L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sélectionne les « *avertissements sanitaires sur le tabac* » comme thème de la prochaine Journée mondiale sans tabac, a eu lieu le 31 Mai 2009. Les avertissements sanitaires sur le tabac figurent sur l'emballage des cigarettes et sont parmi les plus forts moyens de défense contre l'épidémie mondiale de tabagisme.

L'OMS approuve en particulier les avertissements sanitaires qui contiennent des images et des mots parce qu'ils sont les plus efficaces pour convaincre les gens à arrêter de fumer. Ces avertissements graphiques apparaissent dans plus d'une douzaine de pays. Lors de la Journée mondiale sans tabac 2009, et tout au long de l'année suivante, l'OMS encourage les gouvernements aux avertissements sanitaires qui répondent à tous les critères d'efficacité maximale, y compris à ce qu'ils couvrent plus de la moitié des emballages, figurent à la fois sur le recto et le verso de l'emballage et contiennent des images.

La Convention-cadre sur la Lutte Anti-Tabac (CCLAT) oblige plus de 160 pays signataires à exiger « *des avertissements sanitaires décrivant les effets nocifs de l'usage du tabac* » sur les paquets de tabac et leur emballage extérieur, et recommande que les mises en garde incluent des photos. L'OMS travaille par l'intermédiaire de son département Initiative pour un monde sans tabac (Tobacco-Free Inititative) afin d'aider les signataires à respecter leur obligation, en leur fournissant une assistance technique ou autre. En tant que directeur général de l'OMS, le docteur Margaret Chan a déclaré:

«Nous tenons dans nos mains la solution à l'épidémie mondiale de tabagisme, qui menace la vie d'un milliard d'hommes, de femmes et d'enfants au cours de ce siècle. »

Les avertissements sanitaires sont une grande partie de la solution sur laquelle le Dr Chan parle.

Visitez le site de l'OMS pour plus d'informations : http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2009/en/index.html

Source : Bibliothèque du Fonds des Affections Respiratoires, FARES

Email : bibliotheque@fares.be







Rubriques

Agenda

Dans le cadre de la Journée Mondiale sans tabac

Rencontres

Rassemblement de Jeunes (du 1 er degré de l'enseignement secondaire, tous réseaux confondus, ordinaire et spécialisé, en Communauté française), impliqués dans l'action « Ma vision du tabac » (Namur – 29 Mai 2009).

- La finalité de ce concours était de promouvoir la santé des jeunes par la mise en place d'une intervention participative de prévention du tabagisme en milieu scolaire et consécutivement promouvoir le développement de leurs aptitudes à maîtriser les nouvelles technologies de manière conscientisée, éthique et responsable. A l'issue, les jeunes étaient invités à une rencontre festive « cinématographique » et destinée à valoriser leurs productions photographiques et/ou audio-visuelles. En effet, un jury représentatif du monde scolaire, des jeunes et de la santé a sélectionné les réalisations les plus originales en vue d'une projection et d'une mini-exposition à cette occasion.
(www.mavisiondutabac.be)

Regards croisés d'institutions hospitalières autour de la question de la gestion du tabagisme en psychiatrie (réseau « Hôpitaux sans tabac ») - FARES. (Bruxelles- 20 juin 2009).

- Contenu : Quel sens donner à la prise en charge du tabagisme des patients psychiatriques ? - Que dit la Loi ? – regards croisés sur des expériences de terrain en termes de gestion tant auprès du personnel que des patients d'instituts ou de services de psychiatrie – Quelles recommandations pour le développement de stratégies adaptées ? – Outre cette rencontre, un groupe de travail se penche sur ces questions qui feront l'objet d'une publication tout prochainement.
(www.hopitalsanstabac.be)

Rencontre de tabacologie – automne 2009

- Un temps d'échanges et de regards croisés destiné aux médecins généralistes, aux tabacologues et aux équipes des centres d'Aide aux Fumeurs et du réseau des Hôpitaux sans tabac.
Des séances plénières en matinée viendront se combiner avec des ateliers thématiques centrés sur l'accompagnement des patients dans la gestion de leur tabagisme, la prise en compte de patients à pathologies particulières et un partage autour d'expériences et de dynamiques porteuses de perspectives nouvelles à engager dans nos pratiques de terrain.

➔







Rubriques

Agenda (suite)

Outils

« Le tabac sous la loupe »
(Coalition Nationale contre le tabac – disponible en français, néerlandais et allemand).

Cet outil a été réalisé dans le cadre du thème choisi par l'Organisation Mondiale de la Santé pour le 31 mai 2009 « Avertissements santé et tabac »
- focus sur l'étiquetage, l'emballage et l'emploi de représentations graphiques en complément des avertissements sanitaires sur les produits du tabac comme mesure effective de réduction des risques.

Complémentairement, la Coalition a mené une enquête auprès de 1049 jeunes de classes terminales de l'enseignement secondaire afin de disposer de données concernant l'évolution des usages par les jeunes et la perception de leur nocivité. Une conférence de presse s'appuie sur ces données.

« La chicha, agréable à fumer.. ? »
- une production européenne diffusée par le FARES afin de favoriser une communication autour des nouveaux usages et leur nocivité.

Formations

- Nouveaux modules de formation à l'entretien motivationnel (approche générale ou spécifique : tabac/grossesse, tabac/adolescent) prévus à l'automne 2009.

- Le programme de la formation continuée en tabacologie est disponible dès à présent, n'hésitez pas à le diffuser auprès de vos collègues et connaissances désireux d'y participer.

Forum de tabacologie/ Hôpitaux sans tabac/bibliothèque

Divers forums destinés à favoriser les échanges entre professionnels de santé vous sont accessibles via le site du FARES. Vous y trouvez les dernières informations, et pouvez rester en contact avec les autres tabacologues.
Vous pouvez en tant qu'hôpital sans tabac discuter avec les autres partenaires du réseau… Le forum est composé de plusieurs sections. La section Bibliothèque est accessible à tous, sans restriction.
Les sections "Tabacologie" et "Hôpitaux sans tabac" sont limités aux professionnels de santé. Un mode d'emploi vous est proposé en direct sur le site : www.fares.be.







Rubriques

Agenda (suite et fin)

Annuaire des consultations de tabacologie et intervenants en gestion du tabagisme dans divers lieux de vie

Cet outil reprend divers renseignements régulièrement actualisés concernant les aides proposées.
Pour y être mentionné, il suffit de remplir une fiche signalétique disponible auprès du secrétariat du FARES.
Pour y accéder un code d'accès est encore actuellement nécessaire, il peut être communiqué sur simple demande.
La liste des Centres d'Aide aux Fumeurs est téléchargeable depuis le site du FARES que nous vous invitons à revisiter celui-ci ayant été relooké.

Renseignements :

prevention.tabac@fares.be

www.fares.be

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Memoires de tabacologie (1)

Analyse des attitudes de pré-adolescents envers l'information sur les risques du tabac

Le mémoire s'appuie sur une série d'éléments objectifs :

- La période 10-12 ans apparaît comme une période critique dans le déclenchement de l'acte de fumer (CRIOC 2006). Cependant, c'est également une période sensible pour la prévention primaire : à cet âge le dialogue avec les adultes est facile, non conflictuel. L'argument scientifique a de l'impact. Les enfants comprennent bien les mécanismes du tabagisme.

- Les industries du tabac développent des stratégies spécifiques pour les jeunes qui sont des proies à la fois faciles et nécessaires, pour compenser la baisse du nombre de fumeurs (Substances ajoutées, marketing)

-L'effet Gateway et le risque de toxicomanie: la cigarette est une puissante amorce de l'usage des drogues et de la consommation d'alcool (Ausems et Al, 2002).

Des séances d'information et de discussion dans 4 classes de dernière année primaire ont été organisées dans le cadre de ce mémoire, pour l'analyse des attitudes des préadolescents face à l'information sur les risques du tabac.
77 élèves entre 10 et 12 ans ont rempli un questionnaire, visionné des affiches de prévention et un montage vidéo, et participé à des tables rondes. Les préadolescents consultés se considéraient informés sur les risques du tabac mais ont déclaré avoir appris de nouvelles informations (en particulier sur les stratégies des industries du tabac et le mécanisme de récompense). Ils se montrent demandeurs de nouvelles informations pour les aider à aborder le passage critique à l'école secondaire, où leur exposition au tabac et aux autres drogues va augmenter.

La prévention primaire au tabagisme reste la solution moins coûteuse et la plus efficace pour la santé publique, et il est essentiel de profiter du contexte actuel de dénormalisation du tabac pour l'exercer. La demande des élèves est forte, notamment à la fin de Al'école primaire avant l'augmentation significative de la consommation de tabac lors du passage au secondaire. Le mémoire formule des conclusions opérationnelles pour la mise en œuvre d'actions ciblées de prévention primaire.

- Il est nécessaire d'adapter les guides et manuels existants de prévention du tabac en milieu scolaire aux particularités des élèves de primaire.

- L'information doit verser principalement, entre 10 et 12 ans, sur les mécanismes de la dépendance au tabac ainsi que sur les stratégies des industries du tabac, dont ils sont la cible.

➔

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Memoires de tabacologie (1)

- Les supports d'information doivent être prioritairement visuels et inclure des témoignages d'autres jeunes, comme dans le montage proposé lors des séances d'information.

- L'agent de prévention doit être un professionnel des assuétudes, qui n'effectuera pas de jugement de valeur et qui par son expérience saura créer un climat de confiance et canaliser la discussion.

- Pour que la prévention donne ses fruits dans la durée, les actions doivent impliquer toute la communauté et recevoir le soutien des institutions qui opèrent dans le domaine de la santé à l'école, et de la prévention des assuétudes.

Marina Granados Delsalle
Septembre 2008

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Memoires de tabacologie (2)

Tabagisme et école

Depuis 1964, année d'instauration de la médecine scolaire, la conception de la santé a fortement évolué : l'approche de la santé est globale et les services P. S. E. sont amenés à mettre en œuvre des programmes de Promotion de la Santé dans les Ecoles.

Dans ce cadre, une enquête reprenant les différents aspects du statut tabagique a été réalisée au sein de l'institut Cardijn (enseignement supérieur non-universitaire formant de futurs assistants sociaux).

Les buts de l'enquête étaient à la fois épidémiologiques, descriptifs et prospectifs. L'enquête a été effectuée auprès des étudiants de première année.

Les résultats confirment ce qui est décrit dans la littérature sur les différents points déterminant le statut tabagique du fumeur : influence de l'entourage, âge d'initiation, influence de la scolarisation, circonstances d'initiation, co-dépendances, consommations associées.

La dépendance physique (score de Fagerström) était faible par contraste avec la dépendance comportementale ; l'automatisation du geste de fumer est telle que les étudiants éprouvent des difficultés à envisager l'arrêt du tabac. Quant aux motivations à l'arrêt, elles sont bien présentes, mais comme décrit dans la littérature, si les jeunes ont cette motivation, ils n'ont pas la confiance en eux.

En conclusion, l'enquête a permis :

d'élaborer le profil d'un étudiant d'école supérieure et de le confronter à celui de la littérature ;
de cerner les interventions souhaitées au sein de l'école : elles sont de deux types, à savoir la création d'une dynamique de groupe et la création d'ateliers de gestion du stress. Ces ateliers permettraient aux étudiants d'élargir la problématique du tabac et d'évoquer leurs consommations associées, leur hygiène alimentaire, leur sommeil, leur mode de vie en toute confidentialité. Ils permettraient également de développer une « estime de soi » et une résistance à l'influence sociale. Le groupe permet de soutenir le jeune dans sa gestion du « manque » … Le groupe peut « porter » le jeune.

Docteur Françoise Bertrand
Mémoire 2007-2008

Newsletter





Tabacologie pratique



Rubriques

Memoires de tabacologie (3 et fin)

Tabac, Syndrome d'Apnées et d'Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) et Anesthésie : un cocktail détonnant

Etat de la question et gestion du risque périopératoire.

En Belgique, un peu plus de 200.000 anesthésies sont pratiquées chaque année, de plus 30% de la population fume. Les données épidémiologiques de la SFAR (Société Française d'Anesthésie-Réanimation), évaluent que le pourcentage de fumeurs chez les opérés est de 40% entre 15 et 45 ans, de 20% entre 46 et 65 ans et de 10% chez les opérés de plus de 75 ans.

Notre mémoire démontre que le tabagisme est un facteur de complications périopératoires et peut même engager le pronostic vital du patient opéré.

Le Syndrome d'Apnées et d'Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) touche plus de 2 % de la population féminine et plus de 4 % de la population masculine. La communauté scientifique internationale s'accorde à dire que le SAHOS est nettement sous-diagnostiqué. Les patients atteints du SAHOS encourent eux aussi un risque de complication(s) majoré lors d'une intervention chirurgicale.

Pour les patients tabagiques et/ou pour les patients souffrant du SAHOS et encore plus pour les patients fumeurs présentant un SAHOS, l'établissement d'une prise en charge adaptée relève d'un véritable défit de Santé Publique. Une bonne identification de ces patients à haut risque et un traitement adapté sont devenus indispensables dans le cadre de la gestion globale et pluridisciplinaire du patient.

Notre mémoire met en lumière les interactions tabagisme et SAHOS en période périopératoire. Ces patients, qui selon toute logique doivent représenter entre 1 et 3 % des patients chirurgicaux, sont des patients à très haut risque opératoire. Les complications visées sont principalement d'ordre cardiovasculaires, respiratoires, infectieuses et thrombotiques.

L'hypoxémie est la cause centrale de ces complications. La conclusion de notre mémoire propose une solution adaptée à chaque cas de figure pour réduire au maximum les risques de complications périopératoires chez ces patients.

Docteur Eric DEFLANDRE, MD, FCCP.
Anesthésiste-Réanimateur, Tabacologue
Fellow of the American College of Chest Physicians (FCCP).